

Órdenes para el médico respecto al alcance del tratamiento
(Formulario POST)

Este documento contiene las órdenes para el médico de acuerdo con la enfermedad y los deseos de la persona identificada a la derecha (“paciente”). Cualquier sección que no se llene indica el tratamiento completo de esa sección. Cuando se presente la necesidad, siga primero estas órdenes, y luego comuníquese con el médico.

| |
|-----------------------------------|
| Apellido del paciente |
| Nombre/Inicial del segundo nombre |
| Fecha de nacimiento |

Sección A **REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP): El paciente no tiene pulso y/o no está respirando.**

Marque sólo una casilla

Reanimar (RCP) No intentar la reanimación (DNR, por sus siglas en inglés/no dar RCP)

Cuando no haya paro cardiorrespiratorio, siga las órdenes de las secciones B, C y D.

Sección B **INTERVENCIONES MÉDICAS. El paciente tiene pulso y/o está respirando.**

Marque sólo una casilla

Medidas paliativas: Tratarlo con dignidad y respeto. Mantenerlo limpio, abrigado y seco. Usar medicamentos por cualquier vía de administración, colocarlo, atender las lesiones y realizar otras medidas con el fin de aliviar el dolor y el sufrimiento. Usar oxígeno, succión y tratamiento manual para una obstrucción de vías respiratorias según sea necesario para su bienestar. **No transferirlo al hospital para aplicar tratamiento para prolongarle la vida. Transferirlo únicamente si sus necesidades de bienestar no pueden ser satisfechas en el lugar donde se encuentra.**

Intervenciones limitadas adicionales: Incluye la atención descrita más arriba. Usar tratamiento médico, líquidos por vía intravenosa y control cardíaco según se indique. No usar intubación, ni realizar intervenciones especializadas de vías respiratorias, ni usar ventilación mecánica. **Transferirlo al hospital si se indica. Evitar los cuidados intensivos.**

Tratamiento completo: Incluye la atención descrita anteriormente. Usar intubación, realizar intervenciones especializadas de vías respiratorias, usar ventilación mecánica y cardioversión, según se indique. **Transferirlo al hospital si se indica. Incluir cuidados intensivos.**

Otras instrucciones: _____

Sección C **ANTIBIÓTICOS (tratamiento de nuevas enfermedades):**

Marque sólo una casilla

No dar antibióticos

Dar antibióticos

Otras instrucciones: _____

Sección D **LÍQUIDOS Y ALIMENTOS ADMINISTRADOS POR INSTRUCCIONES MÉDICAS.** Se debe ofrecer líquido y alimentación por vía oral si es medicamento factible.

Marcar sólo una casilla en cada columna

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> No administrar líquidos por vía intravenosa (proporcionar otras medidas para garantizar su bienestar) | <input type="checkbox"/> No usar sonda nasogástrica |
| <input type="checkbox"/> Administrar líquidos por vía intravenosa durante un período de prueba definido | <input type="checkbox"/> Usar sonda nasogástrica durante un período de prueba definido |
| <input type="checkbox"/> Administrar líquidos por vía intravenosa a largo plazo, si se indica | <input type="checkbox"/> Usar sonda nasogástrica a largo plazo |

Otras instrucciones: _____

Sección E

Debe llenarse

| | |
|--|--|
| Se habló con: <input type="checkbox"/> Paciente/Residente <input type="checkbox"/> Representante responsable de las decisiones de atención médica <input type="checkbox"/> Tutor nombrado por el tribunal <input type="checkbox"/> Sustituto responsable de las decisiones de atención médica <input type="checkbox"/> Padre/madre del menor <input type="checkbox"/> Otro: _____ (Especificar) | El fundamento de estas órdenes es: (Debe llenarse) <input type="checkbox"/> Preferencias del paciente <input type="checkbox"/> Lo que más conviene al paciente (el paciente no está capacitado para decidir o se desconocen sus preferencias) <input type="checkbox"/> Indicaciones médicas <input type="checkbox"/> (Otro) _____ |
|--|--|

| | | |
|--------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Nombre del médico (en letra impresa) | Número de teléfono del médico | Uso exclusivo de la oficina |
| Firma del médico (obligatoria) | Fecha | |

LA HIPAA (LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DE SEGUROS DE SALUD) PERMITE LA DIVULGACIÓN DEL FORMULARIO POST A OTROS PROFESIONALES DE LA ATENCIÓN MÉDICA, SEGÚN SEA NECESARIO.

Firma del paciente, padre/madre del menor o tutor/representante para las decisiones de atención médica

Se consideró a fondo la opción del tratamiento para prolongar la vida. Se comunicaron las preferencias al médico y/o profesionales de la atención médica. En este documento se expresan dichas preferencias de tratamiento.

(Si la firma de este documento es la del sustituto responsable de las decisiones de atención médica, las preferencias expresadas deben corresponder a los deseos del paciente según el leal saber y entender del sustituto.)

| | | |
|-------|---------------------------|---|
| Firma | Nombre (en letra impresa) | Relación (escribir "mismo" si es el paciente) |
|-------|---------------------------|---|

Información de contacto

| | | | |
|---|--|--------------------|-------------------------------------|
| Sustituto responsable | Relación | Número de teléfono | |
| Profesional de la atención médica que llenó el formulario | Puesto del profesional que llenó el formulario | Número de teléfono | Fecha en que se llenó el formulario |

Instrucciones para los profesionales de la atención médica

Para llenar el formulario POST

Debe llenarlo un profesional de la atención médica de acuerdo con las preferencias del paciente, lo que más convenga al paciente y las indicaciones médicas.

Un médico debe firmar el formulario POST para que éste tenga validez. Las órdenes verbales son aceptables con una firma de seguimiento del médico, de conformidad con la política del establecimiento/comunidad.

Las fotocopias o faxes de formularios POST firmados tienen validez legal.

Para usar el formulario POST

Cualquier sección del formulario POST que no se llene implica el tratamiento completo de esa sección.

No debe usarse el desfibrilador, incluidos los desfibriladores externos automáticos (AED, por sus siglas en inglés), en una persona que haya marcado la opción "No intentar la reanimación".

Se debe ofrecer siempre líquidos y alimentación por vía oral si es médicamente factible.

Cuando el bienestar de la persona no se pueda lograr en el ambiente en el que se encuentra, dicha persona, incluido alguien que haya marcado la opción "Medidas paliativas" únicamente, debe ser transferida a un ambiente que pueda brindarle el bienestar (por ejemplo: tratamiento de una fractura de cadera).

La administración de medicamentos por vía intravenosa con el fin de que el paciente se sienta mejor puede ser apropiada para una persona que haya marcado la opción "Medidas paliativas" únicamente.

El tratamiento de la deshidratación es una medida que prolonga la vida. Una persona que desee recibir líquidos por vía intravenosa debe marcar la opción "Intervenciones limitadas adicionales" o "Tratamiento completo".

Una persona con capacidad para decidir, o el sustituto responsable de una persona que no tenga dicha capacidad, puede solicitar un tratamiento alternativo.

Para revisar el formulario POST

Se debe revisar este formulario POST si:

- (1) Se transfiere al paciente de un ambiente o nivel de atención a otro, o
- (2) Hay un cambio considerable en el estado de salud del paciente, o
- (3) Cambian las preferencias de tratamiento del paciente.

Cruce con una línea las secciones de la A a la E y escriba "NULO" en letras grandes si se reemplaza o anula el formulario POST.

Aprobado por el Tennessee Department of Health, Board for Licensing Health Care Facilities (Consejo de Licencias de Establecimientos de Atención Médica del Departamento de Salud de Tennessee), 3 de febrero de 2005

EL PACIENTE DEBE TENER CONSIGO UNA COPIA DEL FORMULARIO CUANDO SEA TRANSFERIDO O DADO DE ALTA.

NO MODIFICAR ESTE FORMULARIO